

令和 年 月 日

一般社団法人

長崎県介護支援専門員協会

会長 七種 秀樹 様

事業所名

管理者

印

実習受入機関現況報告

長崎県介護支援専門員実務研修実習委託契約書第 13 条の規定により報告いたします。

| | |
|----------------------------------|---|
| 法人名・事業所名 | 事業所番号 |
| 管理者名 | |
| 従事している実習指導者登録者の人数 | 人 ※最下段に氏名を記入 |
| 特定事業所加算の取得状況 | 加算Ⅰ 加算Ⅱ 加算Ⅲ 加算(A) 算定していない ※該当するものを○で囲む |
| 住 所 | 〒 — |
| 電話番号 | () — |
| FAX 番号 | () — |
| メールアドレス | @ |
| 実習指導者名 ※従事している実習指導者全員を記載して下さい | |